

**ENCUESTA**

**CALIDAD DE LOS SERVICIOS ACADÉMICOS**

1. **DATOS DE UBICACIÓN:**

Fecha (dd/mm/aa): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

Universidad de Ciencias Médicas (Provincia): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Facultad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

País de procedencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sexo (M/F): \_\_\_\_\_. Edad: \_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modalidad: |  | Autofinanciado. |
|  |  | Financiado por Convenio Intergubernamental. |

|  |
| --- |
| Si es estudiante de Pregrado, seleccione la carrera que cursa: |
|  | Medicina |  | Estomatología |  | Lic. en Enfermería |
|  | Tecnología de la Salud | Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  |
| Si es estudiante de Posgrado, seleccione: |
|  | Especialidad  |  | Maestría  |  | Doctorado |
|  | Actividad de Superación Profesional (curso, diplomado, entrenamiento…) |
| Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

1. **VÍA POR LA QUE CONOCIÓ DE NUESTROS SERVICIOS ACADÉMICOS**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Institución oficial de su país de origen. |
|  | Embajada (Consulado) de Cuba en su país. |
|  | Brigada Médica Cubana en su país. |
|  | Graduado o estudiante de su país en Cuba. |
|  | Agencia que gestiona Servicios Académicos Cubanos. |
|  | Sitio web de la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos (CSMC). |
|  | Especialistas comerciales de la CSMC. |
|  | Material promocional distribuido por la CSMC en ferias o eventos. |
|  | Anuncio o artículo en publicación especializada de salud. |
|  | Anuncio o artículo en publicación no especializada. |
|  | Programa de televisión. |
|  | Programa de radio. |
|  | Amigo o familiar. |
|  | Universidades cubanas |
|  | Redes sociales (Facebook, beta, X) |
|  | Otra. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **SOBRE EL PROCESO DOCENTE EDUCATIVO**

|  |
| --- |
| 1. ¿Tiene alguna inconformidad con su formación académica?
 |
|  | Sí |  | No |  |  |
| En caso positivo, argumente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  |
| 1. ¿Se cumple el Plan temático según lo previsto para el momento actual de su formación?
 |
|  | Sí |  | No |  | No sabe |
| En caso negativo, argumente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  |
| 1. ¿Ha adquirido las habilidades prácticas declaradas en su tarjeta de evaluación de residencia?
 |
|  | Sí |  | No |  | No sabe |
| En caso negativo, argumente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  |
| 1. ¿Con qué frecuencia suelen informar los resultados de sus evaluaciones sistemáticas de aprendizaje?(Tarjeta de residente, seminarios, clases prácticas, otros)
 |
|  | De inmediato. |  | En menos de tres días. |
|  | En menos de una semana. |  | En una semana o más. |
|  | Nunca. Tengo que averiguar por mi cuenta. |
|  |
| 1. ¿Con qué frecuencia suelen informarle los resultados de sus evaluaciones finales de aprendizaje de las diferentes asignaturas, rotaciones, estancias, módulos?
 |
|  | De inmediato. |  | En menos de tres días. |
|  | En menos de una semana. |  | En menos de diez días. |
|  | En menos de quince días. |  | Nunca. Averiguo por mi cuenta. |

|  |
| --- |
| 1. Evalúe las condiciones de los escenarios docentes. Seleccione entre:

E-Excelentes; B-Buenas; R-Regulares; M-Malas y MM-Muy malas. |
| **Escenarios docentes** | **E** | **B** | **R** | **M** | **MM** |
| Aulas |  |  |  |  |  |
| Sala, salón o teatro de conferencias |  |  |  |  |  |
| Bibliotecas |  |  |  |  |  |
| Laboratorios |  |  |  |  |  |
| Consultorios del Médico de la Familia |  |  |  |  |  |
| Policlínicos |  |  |  |  |  |
| Servicios hospitalarios |  |  |  |  |  |
| Detalle deficiencias más significativas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| 1. ¿Considera que la Universidad donde estudia contribuye a su formación integral?
 |
|  | Sí |  | No |  |  |
| En caso negativo, argumente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

1. **OPINIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA**

|  |
| --- |
| 1. Si usted disfruta de servicios de alojamiento y alimentación en una Residencia Estudiantil, evalúe los aspectos que se listan seguidamente en una escala donde E-Excelente B-Bien; R-Regular; M-Mal y MM-Muy mal.
 |
| **Aspecto a evaluar** | **E** | **B** | **R** | **M** | **MM** |
| Condiciones del alojamiento |  |  |  |  |  |
| Higiene del alojamiento |  |  |  |  |  |
| Variedad del menú |  |  |  |  |  |
| Calidad en la elaboración del menú |  |  |  |  |  |
| Condiciones de la Cocina-comedor |  |  |  |  |  |
| Higiene en el área de Cocina-comedor |  |  |  |  |  |
| Detalle deficiencias por área: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **SATISFACCIÓN GENERAL CON LA UNIVERSIDAD**

|  |
| --- |
| 1. ¿Se siente usted satisfecho con su universidad?
 |
|  | Muy satisfecho |
|  | Satisfecho |
|  | Poco satisfecho |
|  | Insatisfecho |

1. **SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTROS SERVICIOS ACADÉMICOS**